LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Médecine opératoire : Les sacs de caoutchouc employés comme supports en chirurgie intestinale, par Marcel Baudouin, p. 737. — **Bibliographie** : Eléments de thérapeutique générale basée sur la physiologie et la pathologie cellulaire, p. 741. — **Revue de la presse** : La maladie de Freidreich ou ataxie héréditaire, p. 741. **Académie des sciences** : *Séance du 7 novembre* 1898. — Présidence de M. Wolf. Effets de la section des nerfs du sphincter ani sur le rôle. les propriétés physiologiques et anatomiques de ce muscle et sur l'organisme en général, p. 743. — *Séance du 14 novembre.* — Présidence de M Wolf. Dosage des sucres diabétiques par le polarimètre, par le coefficient de réduction et par la fermentation, p. 743. — Recherches sur les lésions des centres nerveux, produit par l'hyperthermie expérimentale, p. 743, Sur les lésions précoces des centres nerveux dans la rage, p. 744. — Observation sur la marche générale de l'histogénie et de l'organogénie, p. 745. — **Académie de médecine** : *Séance du 22 novembre* 1898. — Présidence de M. Jaccoud, p. 746. Troubles respiratoires dans le paludisme, p. 746. — Acromégalie. p. 746. — Traitement de l'appendicite, p. 746. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 11 novembre* 1898. — Présidence de M. Sevestre. — Pancréatite hémorrhagique, p. 746. — Hématomyélie syphilitique, p. 746. — Ostéopathie chronique, p. 747. — Gastro-entérite aigüe du nourrisson, p. 747. — **Société de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 10 novembre* 1898. — Présidence de M. Fournier. — Forme pustuleuse et bulleuse de la maladie de Neumann, p 747. — Pemphigus foliacé avec ostéomalacie, p. 748. — Epithélioma de la face, p. 748. — Traitement de la tondante par le monochlorophénol, p. 748. — Cas de carathès, p. 748. — Xéroderma pigmentosum, p. 749. — Note sur l'histologie du psoriasis, p. 749. — **Société médicale du VIe arrondissement** : *Séance du 25 juillet* 1898. — Présidence de M. Bonnefin. p. 749. — **Société de chirurgie** : *Séance du 23 novembre* 1898. — Présidence de M. Berger. — Péritonite tuberculeuse, p. 750. — Série d'opérations, p. 750. — Luxation de l'astragale ; Ablation ; Guérison, p. 750. — Injection intracérébrale d'antipyrine tétanique, mort, 750, — Deux cas d'injection intracérébrale d'antipyrine tétanique suivis de guérison, p. 750. — Anévrysme artérioso-veineux du coude ; Extirpation de la veine ; Suture de la veine, p. 750. — **Nouvelles**, p. 751.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Les sacs de caoutchouc employés comme supports en chirurgie intestinale (1).

par Marcel Baudouin.

C'est F. Trèves le premier (2) qui a préconisé l'emploi de sacs de caoutchouc gonflés d'air pour faire la suture intestinale c'est-à-dire quelque chose d'analogue au ballon de Pétersen.

Il introduisait un ballon, qui avait la forme d'un saucisson, dans les bouts de l'intestin. Il le gonflait par un petit tube, implanté en son milieu (*Fig.* 1) et faisait par-dessus une suture de Lembert, suivant toute la circonférence, jusqu'au petit tube. (*Fig.* 2).

La suture terminée, il dégonflait le sac, le retirait

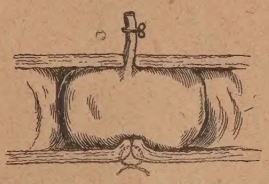


Fig. 1. — Appareil de Trèves placé dans l'intestin. (Coupe verticale).

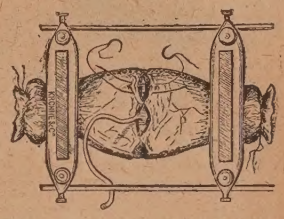


Fig. 2. — Appareil de Trèves placé dans l'intestin. (Vue de face). — *Cowpresseur intestinal* de Trève en place également.

à l'aide du petit tube et appliquait alors à cet endroit les derniers points de suture.

Cet appareil a donné, dès cette époque c'est-à-dire avant 1883, de bons résultats chez l'homme ; nous verrons qu'il a été essayé à nouveau tout récemment, et cela avec succès Ce qui est extraordinaire, c'est que pendant plus de dix ans, de 1883 à 1896, on n'aie pas songé à l'employer. Nous ne voyons en effet ce support réapparaître qu'en 1896, époque où un chirurgien américain, Downes, l'a préconisé à nouveau. Cette année même, comme nous le verons plus loin, il est revenu sur les avantages qu'il présente.

Thiénot, en 1896 (1), a bien recommandé l'usage de ballon en caoutchouc, qu'il conseillait de crever pour les retirer de l'intestin ; mais il ne s'est livré à aucune expérience à ce sujet et n'a jamais utilisé chez l'homme lesdits appareils.

Au début même de cette année, W. S. Halsted (2), a décrit une méthode nouvelle, qui se rapproche singulièrement de celle de Trèves par son principe et par l'instrumentation. Après avoir fait de nombreuses recherches sur le chien, l'auteur est arrivé au manuel opératoire suivant :

Pour placer les sutures, après résection intestinale, il choisit des *parties dépourvues de vaisseaux*, de façon à bien assurer la circulation sanguine dans les deux bouts, et met tout d'abord un point de chaque côté du mésentère. Chacun de ces points de suture est exécuté d'après sa méthode, et est constitué par un point en

(1) Extraits d'un livre qui paraîtra sous peu : Félix Terrier et Marcel Baudouin. *La suture intestinale* (Histoire des différents procédés d'entérorrhaphie). — Paris, Institut de Bibliographie, 1898, in-8, 350 pages, avec 587 figures.

(2) Treves (F). *On resection of portions of intestine.* — *Medico-chir. Transact.*, London, 1883, LXVI, p. 55-67. *Centrabl. f. Chir.* Leipz. 1884, p. 390-391.

(1) Thiénot. — *Nouveau procédé pour faciliter les sutures intestinales.* — *Gazette des hôpitaux*, Paris, 1896, 2 janvier, 3-4.

(2) Halsted (W.-S.). *Inflaterd rubber cylinders for circular suture of the intestine.* — *Philadephia medical Journal*, 1898. t. I, n° 2, 63-68. (*Fig*). — *John Hopkins Hosp. Bull., Balt.*, Balt., 1898, IX, 25-27 (5 *Pl.*).

V ou en *U*, c'est-à-dire par un *point à capiton*. Tous les fils sont mis en place ; mais ils ne sont serrés qu'ultérieurement (*Fig.* 3.)

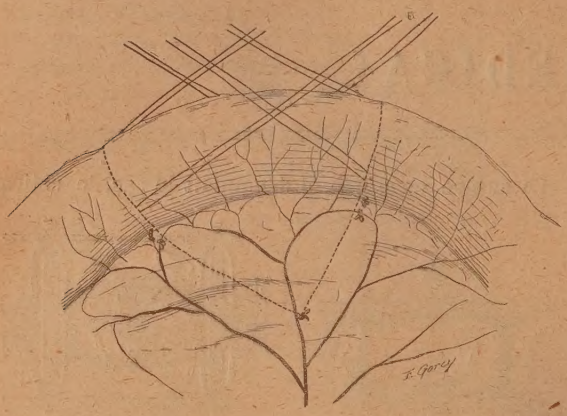


Fig. 3. — Mise en place des sutures de Halsted, après la section de l'intestin.

A ce moment, après avoir fixé les deux points d'attente aux extrémités d'un diamètre transversal (*Fig.* 3), il introduit dans l'intestin un ballon de caoutchouc dégonflé (*Fig.* 4) qu'il gonfle ensuite d'air au

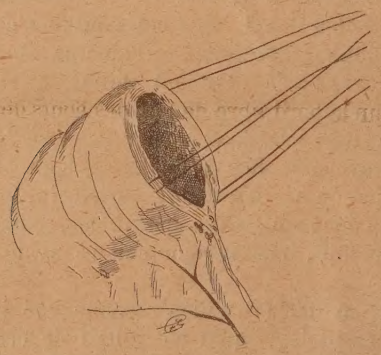


Fig. 4. — La section de l'intestin est faite et on voit les fils des points d'attente de Halsted en place.

moyen d'une pompe foulante (*Fig.* 5). Ceci fait, l'intestin est bien tendu et la suture circulaire effectuée (*Fig.* 6). Avant de serrer les deux derniers fils, on laisse échapper l'air du ballon et le retire sans effort, en tirant sur le tube qui le relie à la pompe (*Fig.* 7). On n'a plus, pour terminer l'opération, qu'à suturer les bords du triangle mésentérique réséqué (*Fig.* 8 et 9.)

C'est exactement, on ne peut le nier, la méthode de Treves perfectionnée, mais déjà rajeunie, en 1896, par Downes.

Ce ballon, introduit dans l'intestin, empêche l'enroulement des lèvres de section et permet même le rapprochement de calibres inégaux. Voici les avantages de cette méthode, d'après Halsted : 1° arrêt des mouvements de l'intestin fixé sur le ballon : ce qui facilite l'exécution des sutures ; 2° possibilité d'unir deux calibres inégaux ; 3° suppression de deux aides ; 4° contention assurée des matières et préservation des doigts :

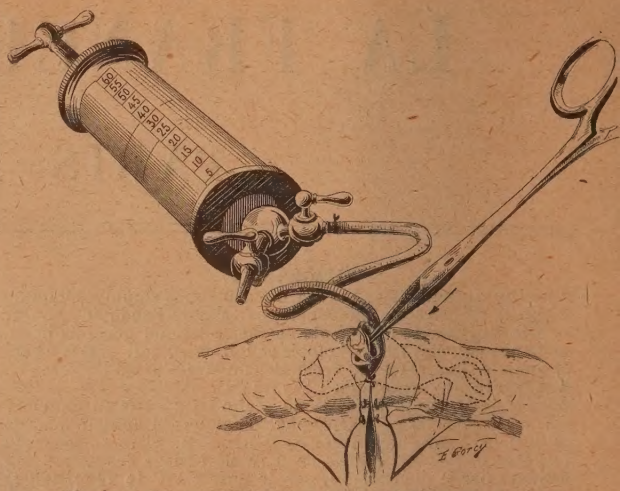


Fig. 5. — Sac en caoutchouc de Halsted dégonflé, introduit (sens de la flèche) dans l'intestin à l'aide d'une pince et armé d'une seringue.

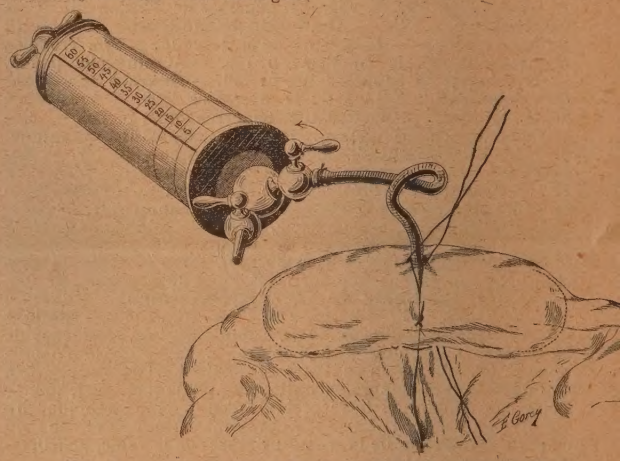


Fig. 6. — Sac en caoutchouc de Halsted, mis en place dans l'intestin, et gonflé à l'aide d'une pompe foulante.

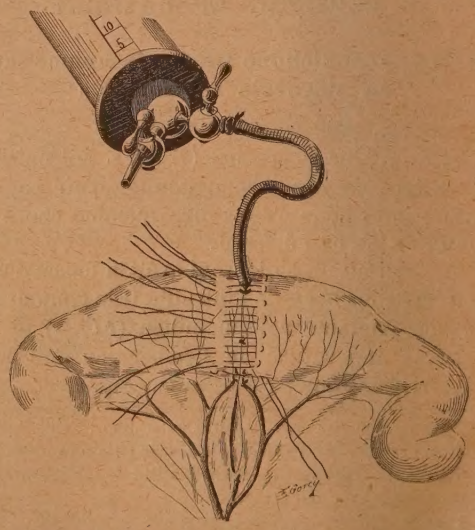


Fig. 7. — Le cylindre est encore distendu. — Les points de suture du matelassier de Halsted sont mis en place.

d'où chances d'infection moindre; 5° très courte durée de l'opération (5 à 6 minutes chez le chien); 6° inutilité

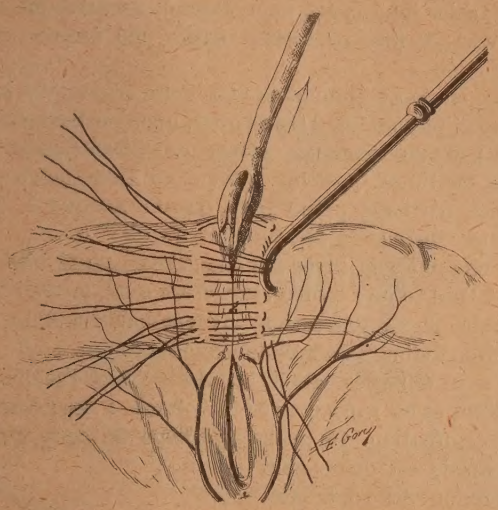


Fig. 8. — Les points de suture sont chargés sur un crochet et le ballon en caoutchouc de Halsted est extrait par traction (sens de la flèche).

de manipuler l'intestin, le tube conducteur de la pompe servant à le mouvoir; 7° inutilité d'un assistant;

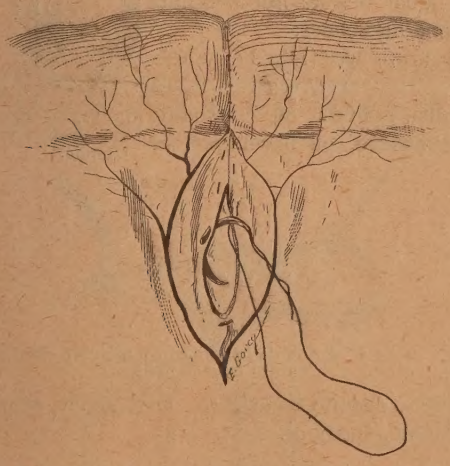


Fig. 9. — Suture circulaire de l'intestin terminée, d'après le procédé de Halsted. — Suture du mésentère en surjet à l'aide d'une aiguille courbe.

8° excellents résultats expérimentaux obtenus à l'aide de cette méthode.

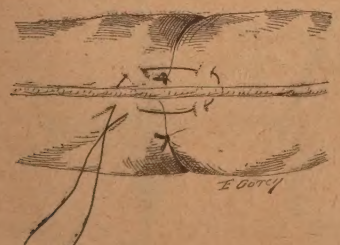


Fig. 10. — Détail d'un point du matelassier de Halsted, placé au niveau du mésentère.

George Wackerhagen (1) a décrit récemment, de son côté, un appareil devant servir de support pour les parois intestinales, au cours de l'application des sutures de l'entérorraphie; cet appareil est semblable, ou à peu près, à celui de Halsted.

C'est en somme un ballon en caoutchouc, *cylindrique* présentant en son milieu une partie rétrécie et à paroi plus épaisse (*Fig.* 11).

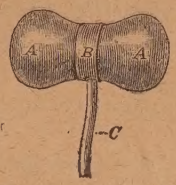
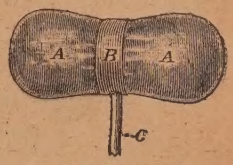


Fig. 11. — Ballon de G. Wackerhagen pour l'entéro-anastomose. — A, extrémités à introduire dans l'intestin; C, tube de caoutchouc avec la bandelette B.



Kig. 12. — Ballon cylindrique de G. Wackerhagen pour l'abouchement intestinal bout à bout, gonflé.

Le ballon étant en place pour l'entéro-anastomose, les portions latérales dilatées maintiennent en bonne situation les parois intestinales, pendant que le chirurgien pratique la suture.

Pour l'abouchement intestinal bout à bout, le ballon est plus épais et on lui donne une forme cylindrique par l'insufflation (*Fig.* 12). On établit une suture temporaire sur le bord libre de l'un des bouts de l'intestin, suture qui traverse toutes les tuniques; puis on y introduit le ballon jusqu'à sa partie médiane, le gonfle à l'aide d'une *petite pompe à air en caoutchouc* (*Fig.* 14) *et suture l'ouverture qui conduit l'air dans le ballon, après avoir coupé le tube qui y mène* (*C* dans les *Fig.* 11, 12, 13). On en fait autant pour l'autre côté; puis on réunit alors les deux portions intestinales bout à bout, et lorsqu'on a appliqué presque tous les points de suture, *on perce*, par une aiguille passée à travers l'intestin, *le ballon* qui se dégonfle et qu'on extrait par l'ouverture

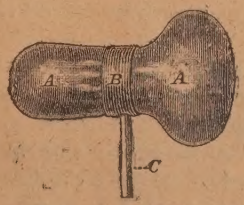


Fig. 13. — Ballon en T de G. Wackerhagen pour l'anastomose intestinale d'après la méthode « bout-à-côté » ou implantation latérale.

Fig. 14. — Poire en caoutchouc à tube avec canule, servant de pompe à air pour insuffler le ballon. — *D.* poire à air.

(1). WACKERHAGEN (G). *An improved accessory apparatus for enterorrhaphy.* — *The New-York medical Journal*, 1898, LXVII, n° 5, 29 janvier, 167 (4 *Fig.*).

qu'on a laissée entre les extrémités de la suture. — Le même procédé est employé, à peu de chose près, pour les autres variétés d'entérorraphie et en particulier l'implantation latérale (*Fig.* 13).

Andrew J. Downes emploie désormais (1), pour faire l'anastomose intestinale, des appareils en caoutchouc, de diverses formes, qui sont une modification des *bobines* qu'il a décrites dès 1896 (2).

Ce sont aussi des BALLONS EN CAOUTCHOUC (*Fig.* 15 et

Fig. 15. — Ballon en caoutchouc sans bande de centrale pour anastomose intestinale bout à bout (forme abandonnée).

16) entourés au niveau du col d'une bande étroite : ce qui, au moment de la distension, contribue à leur conserver la forme d'un sac. Dans cette bande (*Fig.* 17) les parois du ballon, de concaves deviennent convexes ; d'où la nécessité de cette bande constrictrice dans toutes les variétés (*Fig.* 18) d'appareils de cette nature, si l'on désire faire les sutures avec les ballons *in situ*, comme l'a d'ailleurs bien compris Wackerhagen.

Les ballons sont d'abord remplis d'air ou de *liquide*, et introduits dans la cavité intestinale ; on place ensuite quelques sutures de fixation, et on complète l'union

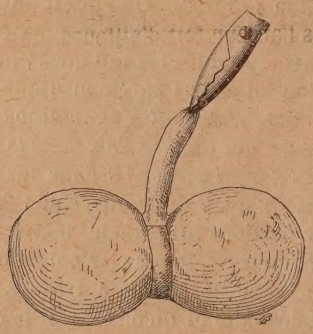


Fig. 16. — Ballon en caoutchouc avec col et tube à insufflation pour suture bout à bout.

tout autour de l'intestin. Après quoi, par une *fente faite* sur l'intestin *au delà de la ligne de réunion*, on amène au dehors le tube (*Fig.*), et, après avoir vidé le ballon, l'enlève ; enfin, on suture cette fente.

Downes a employé ce procédé dans des opérations faites sur l'animal vivant. Il a formulé lui-même trois objections centre la forme donnée à ces ballons : 1° Il est nécessaire de *les remplir tout d'abord* ; 2° on ne peut faire varier leur degré de distension pendant que l'on s'en sert ; 3° leur extraction exige une *incision spéciale*.

Mais, si l'on reconnaît la simplicité d'une telle incision longitudinale de 1/4 de pouce, que l'on ferme aisément par deux points de suture, cette forme de ballon est la meilleure possible. Grâce au tube qu'on fait émerger par cette petite fente, on peut amener le ballon à une distension convenable.

On fixe alors en inversion chaque extrémité intestinale à l'aide d'une suture ; modérant ainsi la tendance naturelle de ces extrémités à l'éversion, tendance qui constitue toujours un gros inconvénient.

On peut faire des ballons ayant des cols de dimensions variables et en rapport avec le volume à leur donner par l'insufflation. Le grand avantage de cette forme d'appareils est qu'on peut faire la réunion des bouts intestinaux avant de les extraire ; pendant l'opération, la petite fente est tamponnée par le tube du ballon qui est distendu et gonflé ; on évite ainsi l'issue du contenu intestinal au dehors.

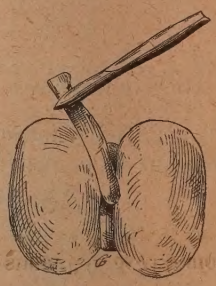


Fig. 17. — Ballon avec col pour anastomose latérale.

Une des figures (*Fig.* 17) représente le ballon avec son col et son tube, gonflé ; on l'introduit dans l'intestin, on le remplit, et

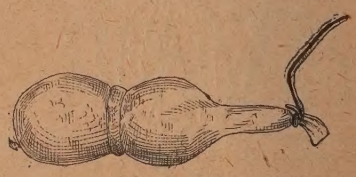


Fig. 18. — Autre forme de ballon en caoutchouc avec col, pour suture bout à bout.

on procède ensuite à la suture bout à bout, comme il a été indiqué plus haut.

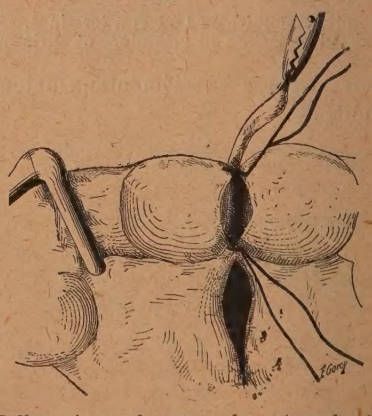


Fig. 19. — Ballon mis en place pour la suture bout à bout. — Le tube de gonflement sort ici au point de réunion des bouts intestinaux.

(1) DOWNES (A.-J.). *Intestinal anastomosis by means of removable rubber bulbs; a continous stitch-knotted suture for intestinal work. — The Philadelphia med. Journal*, 1898, i, n° 14, 2 avril, 595-600 (11 *Fig.*). — Voir aussi pour ces procédés : *Inflated rubber cylinder for intestinal suture. — Intern. J. Surg.*, N. Y 1898, XI, 114 (Résumé des art. de Downes et Wackerhagen. 1898). — *Independant discoverers of intestinal rubber, cylinders for inlestinal suture. — Phil. med. Journ.*, 1898, i, 346 (Critique de ces procédés).

(2) DOWNES (A.-J.). — *Collapsible and removable rubber bags for allforms of intestinal approximation... Med. and. Serg. Reporter*, 1896, Phil., vol. LXXV, July II, n° 2, 30-40.

Une autre figure (*Fig.* 18) représente le ballon utilisé lors d'anastomose latérale; ici, le col est relativement étroit. Pour s'en servir, les deux bouts intestinaux sont accolés l'un contre l'autre, puis fendus sur une longueur convenable, et sont réunis par trois points de suture. Le ballon est alors introduit, moitié dans l'un des bouts, moitié dans l'autre ; quant au tube, il émerge ici d'entre les surfaces intestinales (*Fig.* 20). On distend

Fig. 20. — Ballon mis en place lors d'une enterorraphie circulaire pratiquée sur un intestin de chien. — Le tube à insufflation fait issue dans une incision spéciale. — A droite, clamp pour la coprostase.

alors le ballon, qui se maintient ainsi tout seul dans l'intestin. Les bouts intestinaux sont alors réunis par une suture, excepté à l'endroit qui sert au passage du tube.

Une des figures de Downes représente un ballon construit en vue de l'iléo-colostomie et de la pylorectomie (*Fig.* 02), mais ce ballon n'a jamais été employé.

Pour les experiences faites sur le chien, il n'est besoin que de deux ballons, l'un pour l'anastomose la-

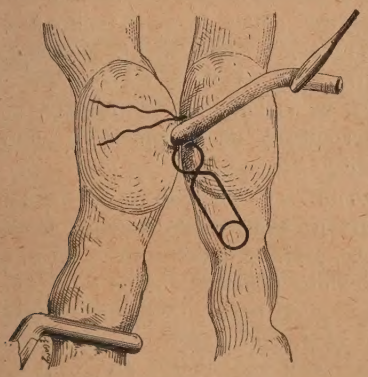


Fig. 21. — Ballon mis en place pour l'anastomose latérale. — Suture.

térale (*Fig.* 21), l'autre pour l'anastomose bout à bout (*Fig.* 22). Une seule dimension est nécessaire pour chacune d'elles, car le ballon rempli peut varier de diamètre selon sa distension, et il est même possible qu'une dimension moyenne puisse être employée pour opérer à la fois sur le gros intestin ou sur l'intestin grêle de l'homme.

Le grand avantage de ce procédé, d'après Downes, consiste en ce qu'il permet, contrairement aux autres procédés employés jusqu'ici, de faire directement la suture pour l'abouchement intestinal.

Pour dilater le ballon, le mieux est de se servir

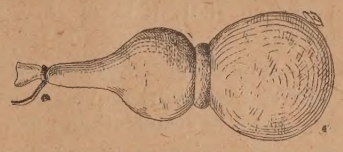


Fig. 22. — Ballon en caoutchouc avec col pour iléo-colos omie.

d'une *seringue* avec bout détachable ; la distension est maintenue pur l'application d'une pince à forcipressure fixée sur le tube (Voir *fig.* 21).

BIBLIOGRAPHIE

Eléments de thérapeutique générale basée sur la philosophie et la pathologie cellulaire, par L. Jolly, pharmacien de 1re classe, officier de l'instruction publique, chez l'auteur, rue du Faubourg-Poissonnière, 64 Paris.

Dans ces éléments de thérapeutique générale, M. Jolly étudie surtout les médicaments qui conviennent le mieux à certaines altérations nutritives en se basant sur les résultats de l'analyse et de la fonction des cellules. Aussi nos confrères y trouveront moins l'exposé de théories générales que l'application particulière de certains médicaments faits suivant ces idées générales, à la discussion desquelles l'auteur fait d'ailleurs une large place. L'ouvrage est divisé en cinq parties. La première traite de l'histoire physique, chimique et physiologique des produits conseillés en thérapeutique générale. C'est d'abord le phosphore qui joue un rôle si important dans l'organisme; M. Jolly passe en revue les divers composés qui conviennent le mieux à chaque modification pathologique de la nutrition. Il examine ensuite l'action de deux adjuvants, l'iode qu'il montre étendant une action désintoxicante à tous les départements organiques, et l'or qui concentre la sienne sur le système nerveux. Dans la seconde partie, l'auteur examine la physiologie et la pathologie de la cellule, les différents modes de perversion nutritive, les maladies qui en dérivent, les intoxications et les moyens de les combattre. Enfin dans d'autres parties, le lecteur trouvera les applications thérapeutiques faites aux maladies de l'estomac et de la nutrition. Un mémorial de cette thérapeutique générale se trouve à la fin de l'ouvrage sous forme alphabétique.

L. J.

REVUE DE LA PRESSE

La maladie de Freidreich ou ataxie héréditaire. — M. le Professeur Rauzier a donné dans le *Nouveau Montpellier médical* une description concise, mais très nette de cette affection, qui est presque toujours confondue soit avec la sclérose en plaques, soit avec le tabes.

La maladie décrite par Friedreich, dans des mémoires successifs parus en 1861, 1863 et 1876, sous le nom d'*Ataxie héréditaire*, et dénommée en 1882 par Brousse (de Montpellier) *Maladie de Friedreich*, est une affection rare, caractérisée : au point de vue anatomique, par des lésions multiples et systématiques de la moelle; au point de vue symptômatique, par un mélange de symptômes appartenant les uns au tabes, les autres à la sclérose en plaques ; au point de vue étiologique, enfin, par son début précoce et son caractère familial.

A. Symptômes. — Le sujet atteint de la maladie de Friedreich « appartient par sa tête à la sclérose en plaques et par la partie inférieure de son corps au tabes » (Charcot). Le tableau clinique consiste essentiellement en « une incoordination lente et progressive des quatre membres, datant de l'enfance et attaquant plusieurs personnes de la même famille, commençant par les jambes et envahissant le tronc et les bras, finalement la langue, le larynx et les yeux; n'amenant pas de troubles sensitifs, ni d'anomalies oculo-pupillaires, ni de douleurs fulgurantes, ni de paralysie des sphincters » (Ladame).

a) *Les troubles moteurs* sont essentiellement caractérisés par :

1° De l'*incoordination* et de l'*incertitude* dans les mouvements des membres inférieurs (démarche tabéto-cérébelleuse ou ataxo-tibutante) et des membres supérieurs;

2° L'*ataxie statique*, ou instabilité (inquiétude musculaire) au repos, quelquefois accompagnée du signe de Rombert;

3° Un certain degré de *parésie*, ou plutôt de *faiblesse musculaire*;

4° Des *mouvements involontaires* : tremblements, mouvements choréiformes ou athétosiformes dans les membres; mouvements convulsifs dans la face, la tête ou le tronc ; tremblement fibrillaire de la langue. Toutes ces anomalies sont exagérées par la fatigue ou les émotions et peuvent être atténuées par les efforts de la volonté.

La *dysarthrie* peut être rangée dans le même groupe de symptômes; la parole est lente, embarrassée, mais moins scandée et moins explosive que dans la sclérose en plaques.

b) La *sensibilité* est habituellement indemne; les douleurs sont rares et, lorsqu'elles existent, plutôt vagues que fulgurantes ; au point de vue objectif, on a noté quelquefois des hyperesthésies ou des anesthésies.

c) Comme *troubles sensoriels*, on ne signale guère que le *nystagmus*; celui-ci a été observé dans 90 0/0 des cas ; il est habituellement horizontal, quelquefois vertical, oblique ou rotatoire et s'observe plutôt dans les mouvements volontaires de l'œil qu'au repos; il donne au regard un aspect vague et étrange.

La maladie de Friedreich ne comporte ni paralysies oculaires, ni troubles pupillaires.

d) Les *réflexes* rotuliens sont abolis comme dans le tabès, les réflexes cutanés conservés.

e) Comme troubles trophiques, on note seulement : 1° Un pied bot spécial (pied creux avec cambrure et tassement exagéré dans le sens antéro-postérieur), accompagné d'*hyper-extension des orteils*, surtout du gros orteil, et d'un relâchement des ligaments articulaires ; 2° une *déviation vertébrale*, qui est le plus ordinairement une *scoliose*, à laquelle vient quelquefois se joindre une cyphose ou une lordose.

f) Il est fréquent d'observer des troubles vaso-moteurs (refroidissement, cyanose, œdème des extrémités) et *sécrétoires* (salivation, polyurie, hyperhidrose).

g) Il n'existe pas de *troubles génito-urinaires*, ni de *manifestations organiques*. L'intelligence est ordinairement intacte; le vertige et la céphalée sont les seuls troubles cérébraux que l'on note avec quelque fréquence.

B. Evolution. — L'évolution se fait en général de la façon suivante : l'incoordination motrice apparaît la première dans les membres inférieurs, ou elle évolue progressivement ; elle atteint ensuite les membres supérieurs ; puis surviennent le nystagmus, la dysarthrie, la scoliose, le pied bot ; enfin, après huit ou neuf ans, l'impotence fonctionnelle est complète, le malade est infirme à jamais.

La marche de l'affection est lente, mais fatalement progressive ; on peut observer des rémissions prolongées et des aggravations rapides survenant sous l'influence de maladies intercurrentes, surtout de maladies infectieuses ; mais il n'y a point à attendre de guérison ou même de rétrocession spontanée.

Par contre, la durée de la maladie est très longue (dans un cas de Vizioli elle s'est prolongée 46 ans), et les sujets succombent généralement à une infection intercurrente.

C. Etiologie. — La maladie de Friedreich apparaît, le plus ordinairement, *dans l'enfance ou au début de l'adolescence*, presque toujours entre six et quinze ans; elle se développe rarement après seize ans, et frappe également les deux sexes. C'est une *maladie familiale* au premier chef, plus encore qu'une maladie héréditaire : dans une même famille elle peut atteindre la plupart des rejetons (7 ataxiques sur 8 enfants dans un cas d'Ormerod), et elle apparaît généralement au même âge chez tous les sujets issus d'une même lignée.

L'*hérédité*, quand elle existe, peut être directe ou atavique, similaire ou simplement névropathique.

L'*hérédo-syphilis* a été incriminée dans un cas de Raymond ; mais, d'autre part, Déjerine a vu la syphilis survenir, chez un sujet, plusieurs années après le début d'une maladie de Friedreich.

Enfin, depuis quelque temps, on fait jouer un certain rôle aux maladies infectieuses (rougeole, coqueluche), dans la genèse, ou tout au moins la provocation, de la maladie de Friedreich.

D. Anatomie pathologique. — Au point de vue anatomique, la maladie peut être considérée comme une maladie d'*évolution* frappant les faisceaux médullaires à développement tardif.

Au point de vue du pronostic, on peut dire de la maladie de Friedreich qu'elle constitue une infirmité incurable ; elle ne menace pas l'existence, mais apporte un obstacle définitif à la vie sociale de l'individu. Le raitement peut être considéré comme nul,

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 7 novembre 1898. — *Présidence de* M. Wolf.

Effets de la section des nerfs du sphincter ani sur le rôle, les propriétés physiologiques et anatomiques de ce muscle et sur l'organisme en général. — MM. S. Arloing et Edouard Chantre.

Conclusions. — 1° L'élasticité des sphincters, dans le cas de la suppression pure et simple de l'innervation de ces organes, suffit à prévenir l'incontinence des fèces et de l'urine ;

2° Les propriétés physiologiques et anatomiques du sphincter ani persistent très longtemps après la section bilatérale des nerfs et sont à peu près intactes onze ou douze mois après l'opération ;

3° La section unilatérale est sans influence apparente sur le rôle et les propriétés physiologiques et anatomiques du sphincter ani.

Séance du 14 novembre 1898. — *Présidence de* M. Wolf.

Dosage des sucres diabétiques par le polarimètre, par le coefficient de réduction et par la fermentation. — M. Frédéric Landolph. Les dernières notes que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, sur les urines diabétiques, peuvent être complétées aujourd'hui par des recherches faites tant au laboratoire de M. le Dr Albert Robin, à l'hôpital de la Pitié à Paris, qu'à Aix-les-Bains durant la saison dernière. Les résultats obtenus sont les suivants :

Les sucres diabétiques se présentent sous trois formes différentes au moins, à savoir :

a. Sucre diabétique dont le pouvoir réducteur sur la solution de Fehling est sensiblement égal, mais plutôt inférieur, à celui du sucre de raisin. Donc 100 grammes de ce sucre correspondent à 220 grammes d'oxyde de cuivre. Ce sucre réduit en jaune et le protoxyde de cuivre obtenu reste suspendu dans le liquide, ce qui rend la titration difficile et longue, sinon impossible quelquefois. Seule, la détermination du coefficient de réduction par voie sèche nous donne des résultats rapides et sûrs. La quantité de sucre trouvée par le polarimètre est sensiblement égale à la quantité trouvée par titration avec la solution de Fehling. Le champ visuel au polaristrobomètre de Pfister-Streit, de Berne, est jaune intense. L'acide carbonique obtenu par fermentation donne le même chiffre que celui qui est fourni par le polarimètre et par la réduction. Ce sucre est thermo-optique fortement négatif, c'est-à-dire que la chaleur détruit complètement, ou du moins en bonne partie, son pouvoir rotatoire, phénomène qui se produit également par le repos au bout d'un temps plus ou moins long. Cette espèce de sucre ne peut être considérée comme sucre diabétique proprement dit.

b. Sucre diabétique dont la molécule réduit une fois et demie plus que celle du sucre de raisin. Ici, 100 grammes de ce sucre correspondent exactement à 330 gr. 75 d'oxyde de cuivre. Le polarimètre indique une quantité de sucre bien moindre que la réduction. Le champ visuel dans le polaristrobomètre de Pfister-Streit est d'un rouge intense. L'acide carbonique obtenu par fermentation correspond (aussitôt après la fermentation, terminée toujours complètement au bout de neuf heures, et une fois le gaz refroidi à 12° ou 15°, et après l'écoulement du mercure) à la quantité de sucre trouvée par réduction ; tandis que le volume final de l'acide carbonique obtenu au bout de deux, trois ou quatre jours, correspond à la quantité de sucre indiquée par le polarimètre. Ici, une partie de l'acide carbonique formé est de l'hydrate carbonique, dissocié à la température de fermentation de 40°-45°, mais se reconstituant peu à peu à la température ordinaire et formant à la surface de l'urine, dans les tubes de fermentation, tels que les fournit, selon mes indications, la maison Leune, un anneau blanchâtre, épais et paraissant être formé de paillettes solides. Ce sucre est thermo-optique stable ou du moins thermo-optique très peu négatif ; il constitue un véritable sucre diabétique nettement défini. Ce sucre réduit en rouge vif ; la réduction est nettement instantanée ; le protoxyde se dépose fort bien immédiatement et le liquide reste clair et limpide.

c. Sucre diabétique dont la molécule réduit deux fois plus que celle du sucre de raisin. Ici 100 grammes de sucre correspondent exactement à 441 grammes d'oxyde de cuivre. Le polarimètre indique moitié moins de sucre que la réduction. Le champ visuel, dans le polaristrobomètre de Pfister-Streit, est violacé. Le volume de l'acide carbonique obtenu à la fin de la fermentation correspond à la quantité de sucre trouvée par réduction par le procédé de Fehling, tandis que le volume de l'acide carbonique résultant à la fin de la condensation correspond exactement à la quantité de sucre indiquée par le polarimètre. Ce sucre réduit instantanément en rouge sombre violacé ; le protoxyde se dépose nettement et le liquide reste toujours parfaitement limpide. C'est le sucre diabétique par excellence et celui qui caractérise le diabète aigu. Les urines contenant cette espèce de sucre sont beaucoup plus rares que les urines de la première et de la deuxième catégorie. Ce sucre est thermo-optique nettement positif.

Ainsi nous avons aujourd'hui un moyen sûr pour différencier les diverses affections glycosuriques et diabétiques, ce qui peut être d'une certaine importance pour les médecins.

Recherches sur les lésions des centres nerveux, produites par l'hyperthermie expérimentale. — M. G. Marinesco. L'étude approfondie des lésions des centres nerveux dues à l'hyperthermie expérimentale comporte un grand intérêt, au double point de vue théorique et pratique. On sait, en effet, que Goldscheider et Flatau, qui ont décrit pour la première fois ces lésions, se sont empressés d'appliquer à la pathologie humaine les données de l'expérimentation. Deux faits principaux ressortent de leurs expériences. L'élévation de température a une influence

décisive sur l'apparition des lésions : 1° si la température de l'animal dépasse 43°, il y a des modifications histologiques appréciables dans la moelle ; 2° la durée de l'hyperthermie est aussi un facteur important dans la production de ces lésions, de sorte que si l'on maintient les animaux pendant trois heures à l'étuve, les lésions apparaissent même à une température de 41° 7 à 42°, et particulièrement à la périphérie de la cellule.

Lugaro a répété ces expériences et étudié avec plus de détails les lésions de tous les centres nerveux.

J'ai repris moi-même les mêmes expériences et en voici le résultat :

On peut, à mon avis, diviser les lésions de l'hypothermie expérimentale en trois groupes; suivant que la température a été plus ou moins élevée et sa durée plus ou moins longue.

Dans un premier groupe d'expériences, il s'agit d'animaux qui ont été gardés à l'étuve pendant quarante minutes en moyenne, à une température considérable allant jusqu'à 47°. Dans ce cas, la lésion de la cellule nerveuse se présente sous la forme d'une desintégration ou d'une chromatolyse périphérique. Tantôt une partie seulement de la périphérie est altérée, tantôt cette altération est circulaire. Dans ce premier degré d'altération, les éléments périnucléaires et leur noyau sont d'apparence à peu près normale, et les prolongements de la cellule ne sont pas colorés. Ces altérations sont réparables.

Dans un second groupe de faits, la durée du maintien des animaux à l'étuve a été de quarante-cinq à soixante minutes et plus; par contre, la température rectale est moins élevée et a oscillé aux environs de 45°. Les lésions ont fait des progrès, la cellule se réchauffant de la périphérie vers le centre, les éléments chromatophiles périnucléaires ont été envahis à leur tour et il en résulte un aspect tout différent de celui décrit précédemment. La chose la plus frappante est la coloration diffuse du corps cellulaire et des prolongements de la cellule. La périphérie de cette dernière est habituellement plus pâle ; les éléments chromatophiles, disparus à la périphérie, sont fondus au centre et mal individualisés.

Le troisième groupe est représenté par des animaux qui ont été maintenus pendant plus d'une heure à une température inférieure de 45°. Ici, les lésions diffèrent en intensité de celles du groupe précédent. L'aspect foncé de la cellule est augmenté, et l'opacité du protoplasma est tellement grande qu'il est presque impossible d'étudier la structure fine du cytoplasma.

Plus rarement, j'ai trouvé une espèce de fendillement d'une partie de la cellule et la présence de bandes foncées, alternant avec des bandes claires sur le trajet des prolongements de la cellule.

L'élévation artificielle de la température détermine, dans la structure de la cellule nerveuse, des modifications dans la construction des substances albuminoïdes qui relèvent en grande partie de la coagulation.

L'étude comparée du système nerveux des fébricitants m'a montré qu'on n'est pas autorisé d'attribuer à la fièvre toutes les lésions que l'on retrouve dans le système nerveux de ces individus; mais que d'autres facteurs, et, en première ligne, les *infections*, interviennent dans leur production.

Je n'ai trouvé que dans deux cas, sur sept moelles appartenant à des individus qui avaient présenté de la fièvre très élevée, des lésions comparables à celles de l'hyperthermie expérimentale. Juliusburger, de son côté, est arrivé à un résultat analogue.

Sur les lésions précoces des centres nerveux dans la rage. — M. V. Babes. Dans la rage expérimentale, le siège principal des lésions est dans le bulbe et dans les cornes antérieures de la moelle épinière. J'avais précisé, en 1892 (*Annales de l'Institut Pasteur*, mars), ces lésions en employant les méthodes modernes pour la coloration des cellules nerveuses et de leurs éléments chromatophiles.

Par ces méthodes, je ne pouvais constater que le peu de lésions dans la rage de passage du lapin, tandis que dans la rage de rue et chez le chien (aussi dans l'infection intracranienne par la rage de passage), de même que chez les individus morts de la rage, il y avait toujours des lésions bien caractéristiques, parmi lesquelles j'avais signalé l'hyperémie, parfois avec hémorrhagie, l'œdème, la leucocytose, la diapédèse et la prolifération cellulaire autour des vaisseaux et surtout autour de certaines cellules nerveuses (nodules rabiques), des modifications profondes de ces dernières, notamment la chromatolyse et la desquamation des éléments chromatiques, l'état vacuolaire et souvent avec invasion des leucocytes dans l'intérieur de la cellule renfermant souvent aussi des granulations particulières, enfin des lésions des noyaux et des nucléoles décrites en détail plus tard (dans la *Berliner klin Wochenschrift*, t. I; 1898). Dans ce travail, j'insiste sur la localisation des lésions rabiques. On distingue surtout une localisation des lésions rabiques autour du canal central, une autre latérale sous la dépendance des vaisseaux antéro-latéraux et une autre antéro-médiane.

Ces lésions sont plus prononcées que les lésions peu stables et parfois très limitées du tétanos. Seulement, dans des cas de rage de passage du lapin, on trouve souvent des lésions très peu prononcées, tandis que, dans certains cas, le virus de passage très fortifié, hypervirulent, produit des lésions précoces et très prononcées. Ainsi nous possédions à un moment donné un virus qui tuait non seulement le lapin, mais aussi le chien après injection intracranienne en cinq à six jours en produisant dès le quatrième jour des lésions très prononcées de la moelle et du bulbe.

Comme Goldscheider et Flatau (*Fortschritte der Medicin*, 1897) ont trouvé des lésions précoces dans le tétanos expérimental qui se prononce avant que les symptômes de la maladie éclatent, et notamment une chromatolyse avec tuméfaction de la cellule et du noyau, de même que des modifications du noyau, lésions qui disparaissent en grande partie après la déclaration des symptômes tétaniques, je me suis demandé comment se comportent les lésions précoces de la rage. Les études de ce genre permettent encore de pouvoir pénétrer dans le processus intime de la lutte du virus contre l'appareil de défense de l'organisme au niveau de la substance grise centrale, la seule qui soit sérieusement atteinte dans la rage.

Il résulte de nos recherches que la rage produit des lésions vasculaires et cellulaires de la substance grise, notamment une hyperémie, une leucocytose, une prolifération vasculaire et une diapédèse, de même que des lésions particulières des cellules nerveuses qui sont déjà manifestes un ou deux jours avant l'apparition des premiers symptômes rabiques.

Observation sur la marche générale de l'histogénie et de l'organogénie. — M. J. Kunstler. La *Théorie cellulaire* est une hypothèse qui a eu le sort bien rare de régner, depuis plus d'un demi-siècle, dans le domaine des Sciences biologiques.

L'unanimité et la durée de l'accord qui s'est fait sur cette théorie sont presque uniques dans les annales des Sciences naturelles. Toutefois, depuis une quinzaine d'années, elle n'a pas été sans subir diverses atteintes plus ou moins directes. De différents côtés, des objections ont été opposées à cette quelque peu tyrannique doctrine scientifique. Pour ce qui est de la cellule animale, dès 1882, et dans diverses publications, j'ai mis en relief une longue série de faits de nature à faire changer la signification de cette hypothèse. Depuis cette époque, différents auteurs, notamment Whitmann, Sedgwick, Delage, Labbé, ont apporté à cette manière de voir, avec certains faits importants, l'appoint de leur autorité. Pour les tissus végétaux, où les éléments cellulaires sont moins définis et varient encore plus aisément, divers botanistes, tels que Hofmeister, Van Tieghem, Sachs, de Bary, avaient déjà fait des observations similaires. De l'ensemble de ces travaux découlent certaines notions théoriques d'un intérêt spécial, que je me propose de signaler ici d'une façon succincte et forcément dogmatique.

Si l'entité cellulaire ne saurait rien perdre de sa valeur spéciale dans le domaine de l'Histologie, il ne saurait plus en être de même au point de vue zoologique. Les Protozoaires simples, ceux là mêmes qui possèdent cette constitution comparable à celle de la *cellule* théorique, ne sont pas les équivalents des éléments histologiques. Il n'y a, entre ces deux sortes de corps, qu'une analogie de constitution physique et non une homologie morphologique.

Les métazoaires ne sont pas assimilables à des agrégats de Protozoaires polymorphes; leur complexité est d'origine différenciative. En d'autres termes, l'unité ne dérive pas de la multiplicité; mais celle-ci naît de l'unité. Les Métazoaires sont des pseudo-colonies, ayant pour point de départ une auto-différenciation, et non de vraies colonies de Protozoaires, dérivant de sortes d'altérations des processus reproducteurs, qui seraient transmises par hérédité et modelées par le polymorphisme.

Au point de vue phylogénique, la structure cellulaire semble tirer son origine de nécessités physiologiques diverses, protection, soutien, nutrition (énergides), etc., autant que de différenciations proprement dites. La valeur morphologique des *cellules* est fort variable, souvent plus ou moins nulle, elles peuvent n'être que des individualités physiologiques consécutives à des complications de structure. L'évolution les définit et les fixe; mais elles deviennent cependant d'autant plus nombreuses, dans des tissus similaires, que l'être considéré est plus élevé en organisation. Leur genèse par une segmentation hâtive, dans l'ontogénie, peut, sans doute, être ramenée à un phénomène de cœnogénie, d'une manière analogue à ce qui se voit pour les diverses invaginations embryonnaires (gastrula, tube médullaire, saccules cœlomiques, etc.) qui ne paraissent aussi dues qu'à des abrévations d'un genre analogue.

L'origine des éléments cellulaires par différenciation n'est pas un fait isolé dans le règne organique. Leur genèse rentre, au contraire, dans le cadre général de la marche de l'organisation. Ces éléments ne sont, en quelque sorte, que des résultats spéciaux d'un processus général, résultats très répandus et à évolution parallèlle.

Le principe de la concentration centripède, d'après lequel les dégénérescences individuelles des composants auraient pour résultat direct l'élévation organique du composé, n'a pas pour base un seul fait probant. Il doit y être substitué celui de la dissociation centrifuge.

L'observation de l'ensemble du règne animal montre que la base de l'échelle zoologique, aussi bien que la base de tous les groupes particuliers, est constituée par des êtres simples et que les complications sont le résultat d'une évolution (1). Les organismes ne présentent d'aucune manière et nulle part de nombreuses parties originelles qui se métamorphoseraient par la suite de l'évolution. Il existe, au contraire, une tendance universelle à une dissociation des régions simples en parties nombreuses, répétées en séries diverses et susceptibles d'une foule de différenciations suivies souvent d'une sorte de fausse concentration. Dans leur évolution progressive, les parties ainsi répétées et primitivement similaires ont les destinées les plus variables. Les unes sont sans avenir; d'autres se différencient plus ou moins; soit isolément, soit par groupes; d'autres enfin peuvent avoir de plus hautes destinées. Il y a des passages graduels entre les parties répétées et les organes nettement différenciés de même que, par un processus particulier, entre les organes et certains individus de nouvelle formation. Un des termes ultimes de ce processus est donc une réelle genèse d'organismes nouveaux, ayant acquis les organes qui leur sont nécessaires pour leur permettre de vivre d'une façon autonome et constitués, d'après un plan plus ou moins différent, de celui des formes souches. Ainsi peut paraître infirmé, d'une certaine manière et jusqu'à un certain point, l'adage de Linné : *Natura non facit saltus*, et ainsi se trouvent expliquées certaines prétendues lacunes de la série animale. Les hypothèses généralement admises sur le mode de descendance des organismes et sur les affinités des types entre eux doivent, en conséquence, subir une modification importante, notamment en ce qui concerne la descendance progressive par des changements lents et minimes sous l'influence du milieu.

Aussi la représentation de la filiation et de la parenté des formes organiques au moyen d'arbres généalogiques donne-t-elle une idée peu juste de leurs affinités réciproques, du moins pour ce qui est des grands groupes.

Les segmentations métamériques, qui jouent un rôle si considérable dans certaines vues théoriques au point qu'elles ont paru suffisantes pour démontrer l'existence de liens de parenté entre des êtres tels que les Annélides et les Vertébrés, sont, comme la répétition de toutes les parties, en séries linéaires ou non, d'essences multiples et variables non comparables d'un groupe à l'autre, sans équivalence morphologique entre elles et inaptes à servir de base à un rapprochement systématique. Les métamères se consti-

(1) L'individualité est acquise. Elle n'existe ni à l'origine des choses, ni aux degrés les plus inférieurs du règne animal. Elle se développe de plus en plus, par une continuelle marche ascendante, parallèlement à la différenciation et à la division du travail. Les premiers êtres ne paraissent pas s'être produits comme des sortes de cristaux vivants d'une valeur morphologique primordiale qui constitue la clef de voûte de tout le système philosophique, en sorte de progression arithmétique, qui caractérise l'hypothèse polyzoïque.

tuent toujours dans l'étendue des groupes ; comme les cellules, ils ne sont que la manifestation de cas particuliers du phénomène général indiqué plus haut. Les segmentations, comme toutes les répétitions, en général, constituent un processus fréquent ; elles se présentent avec les plus grandes dissemblances de forme, de constitution et de valeur morphologiques. Dans chaque groupe, ce sont là des formations nouvelles et *sui generis*, de nature plus ou moins différente de ce qui s'observe chez toutes les autres formes, selon leur constitution, leur individualisation, leur perfectionnement organique, etc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 novembre 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

La Correspondance comprend un pli cacheté adressé par MM. Léon Weiss et Demelin. (*Accepté.*)

Troubles respiratoires dans le paludisme. — M. Laveran lit un rapport sur un travail de M. le Dr Triantaphillidès, intitulé : « De quelques troubles paludéens dans l'appareil respiratoire. » M. Triantaphillidès est médecin en chef de l'hôpital civil de Batoum et a acquis une grande expérience dans la question assez obscure du paludisme larvé. D'après lui, les troubles respiratoires pouvant se développer sous l'influence du paludisme sont, en dehors de la pneumonie, la toux, le spasme trachéal, le hoquet, la bronchite, l'œdème localisé du poumon, l'asthme et l'angoisse respiratoire. L'auteur admet la nature palustre de ces accidents parce qu'ils ont disparu sous l'influence de la quinine.

Tous ces faits ne sont pas également probants. Dans un premier groupe de faits, le paludisme est manifeste, les malades ont de la fièvre et on trouve dans leur sang le microbe du paludisme. Dans un deuxième groupe, les malades sont atteints de cachexie palustre avec hypersplénie très apparente, mais on ne constate ni fièvre, ni hématozoaires au moment où apparaissent les troubles de l'appareil respiratoire. Dans le troisième groupe, les malades ont eu antérieurement des accès de fièvre, mais on ne constate en même temps ni fièvre, ni signe de cachexie, ni microbes du paludisme.

L'auteur admet une diathèse consécutive à l'infection palustre. M. Laveran fait des réserves non sur la réalité des faits, mais sur leur interprétation. Le paludisme peut être latent et rester latent pendant des années. Le paludisme est très commun au Caucase ; des maladies aussi fréquentes que la bronchite, la congestion et l'œdème pulmonaire peuvent s'observer souvent chez des malades ayant eu des accès de fièvre palustre. Le fait que ces troubles morbides disparaissent à la suite de l'administration de la quinine ne prouve pas d'une façon péremptoire leur nature palustre.

Acromégalie. — M. Lancereaux fait un rapport sur un travail envoyé par le Dr Cyon sur le traitement de l'acromégalie par l'hypophysine et l'organothérapie rationnelle.

Traitement de l'appendicite. — M. Léon Labbé proteste contre l'affirmation imprudente de M. Dieulafoy disant que l'on ne doit pas mourir d'appendicite. Il peut arriver qu'un malade meure d'appendicite, sans que le médecin ou le chirurgien soient coupables en quoi que ce soit.

A 4 heures 15, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions de rapports de prix lus en séance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 novembre 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Pancréatite hémorrhagique. — M. Ferrand et son fils, interne des hôpitaux. Dans cette observation, excessivement rare, il s'agit d'un gardien de la paix, âgé de trente-neuf ans, qui, il y a environ dix mois, se heurta violemment contre un poteau, au niveau de la région épigastrique. Il y eut quelques coliques pendant quelques jours, puis plus rien de bien net, sauf que l'appétit baissa et que le sujet ne se sentait pas dans son état ordinaire de santé. Subitement, il y a peu de temps, il ressentit une violente douleur au niveau du creux épigastrique, douleur pour laquelle il entra à l'hôpital. On pense à une colique hémorroïdaire, ou à une de ces entéralgies si fréquentes chez les arthritiques et qui sont causées par les contractions intestinales. Rien autre, nulle part. Or, vingt-quatre heures après, le malade mourait.

A l'autopsie, comme unique lésion, on a trouvé une infiltration hémorragique du parenchyme pancréatique mêlée à une sorte de sclérose du stroma de l'organe. Cette sclérose était probablement consécutive à l'hémorragie qui, elle, semble devoir être rattachée au traumatisme antérieur.

On ne connaît, en France, que deux observations de ce genre dues, l'une à M. Thiroloix, l'autre à MM. Chantemesse et Griffon. Dans les trois cas, le seul signe clinique caractéristique a été la douleur très vive au niveau du creux épigastrique, accompagnée d'angoisse. Elle s'irradiait dans la fosse iliaque droite dans le cas de M. Chantemesse. Cette irradiation n'existait pas chez le malade de MM. Ferrand.

M. Rendu ne croit pas qu'on puisse invoquer le traumatisme, qui remonte à plusieurs mois, comme cause de l'affection. Ne s'agirait-il pas plutôt d'une thrombose veineuse du pancréas, survenue chez un sujet atteint de cirrhose alcoolique.

Hématomyélie syphilitique. — MM. Gasne et Philippe communiquent l'examen histologique détaillé de la moelle épinière d'un malade dont l'observation et l'autopsie macroscopique ont été relatées devant la Société par M. Marfan en mars 1897. Tous les vaisseaux pie-mériens de la moelle dorsale inférieure, de la moelle lombo-sacrée et de la queue de cheval présentent des lésions très accusées d'endartérite et d'endophlébite, avec intégrité des autres tuniques, moyenne ou externe. Ces lésions ont provoqué, d'une part, des caillots, pariétaux ou généralisés, par le mécanisme habituel des coagulations sanguines ; d'autre part, des hémorragies arachnoïdiennes, pie-mériennes, ou intra-médullaires, par rupture de la paroi vasculaire.

La moelle, malgré les lésions énormes de ses vaisseaux nourriciers, n'a pas subi le moindre processus *dystrophique* de sclérose ou de dégénération parenchymateuse, par *insuffisance circulatoire*. Au niveau du renflement sacré, elle a été détruite, mais uniquement par des hématomyélies successives, dont on retrouve les masses fibrineuses ou les amas pigmentaires ; de même, plus haut, en quelques points très limités, elle a été altérée plus ou moins profondément par la compression des veines dilatées et thrombosées. Cette endo-vasculaire, développée lentement chez un enfant de deux ans, sans infection antérieure, paraît devoir être rapportée à la forme vasculaire de la syphilis

héréditaire précoce ; ce, malgré les résultats négatifs fournis et par l'interrogatoire et par l'examen des parents et de l'enfant.

Ostéopathie chronique. — M. Hirtz, présente à la Société un malade atteint de déformations osseuses hypertrophiques limitées aux membres inférieurs. On ne trouve aucun signe de syphilis, ni de tabes. Cependant la coexistence d'un mal perforant fait penser qu'il s'agit d'une maladie des nerfs périphériques ou de la moelle.

Gastro-entérite aiguë du nourrisson. — M. Lesage envisage trois points : l'épidémie de 1898, la bactériologie des gastro-entérites aiguës et l'emploi de la diète hydrique. Voici cette dernière partie.

La diète aqueuse est le meilleur mode de traitement des gastro-entérites aiguës. Je crois que tout le monde s'entend à ce sujet. On supprime le lait, qui est le milieu par excellence pour la production de la toxine.

Nous avons étudié, sur 113 cas, l'action de cette diète, d'après les courbes, les pesées et l'examen des matières fécales.

1° *Intoxication légère ou moyenne.* — (Fièvre à 38°-38°5. Cinq à dix selles. Diminution de poids 20 à 40 gr. par jour). La diète aqueuse pendant deux jours fait tout rentrer dans l'ordre, si la maladie est de date récente et si l'enfant n'est pas cachectique.

L'action sur la diarrhée n'est pas très évidente ; peu à peu la quantité diminue en l'espace de quatre à cinq jours. On remarque seulement le changement de teinte ; de verte qu'elle était elle devient jaune. Il y a là un véritable lavage du foie.

L'action antithermique est plus nette. De 38°5, 38°, en vingt-quatre heures la température tombe à 37°.

L'action sur le poids est variable.

2° *Intoxication intense.* — (Fièvre élevée à 39°-40°, ou algidité, ce qui est de plus en plus rare ; diarrhée intense, dix à quinze selles. Diminution de poids considérable (40, 50, 100 grammes en vingt-quatre heures).

L'action heureuse de la diète hydrique est beaucoup moins souvent observée. Ainsi, sur dix enfants atteints, j'ai noté seulement deux fois une amélioration évidente.

3° S'il s'agit d'un enfant cachectique, mal nourri, n'ayant pas le poids classique pour son âge, l'action de l'eau a été nulle dans les cas graves et n'a produit des résultats favorables que dans le 1/5 des cas.

Tout dépend, en un mot, du degré de l'intoxication. Ce qui est fait est fait. Le régime hydrique peut prévenir une nouvelle intoxication, mais n'a que peu d'action sur l'imprégnation cellulaire déjà faite, car la toxine ne séjourne pas dans le sang et se fixe rapidement sur les cellules des organes, suivant leur affinité.

Reprise de l'alimentation. — Quel que soit le résultat de l'application de la diète hydrique, on ne peut la continuer plus de quarante-huit heures. Que faire ? Czerny recommande le sein. Il est évident que c'est là la meilleure solution. Mais, en pratique, cela n'est pas possible dans les conditions actuelles de la vie.

Le lait stérilisé (115°-110°) est tout indiqué. Pour la reprise de l'aliment, il ne faut pas se baser sur l'âge de l'enfant et donner, toutes les deux heures, les quatre heures, la dose de lait classique à cet âge. Je suis absolument de l'avis de notre collègue, M. Variot : la quantité de lait doit être basée sur le poids et non sur l'âge. Ainsi, un enfant de trois mois qui pèse 3 kilogrammes ne doit pas absorber autant de lait qu'un nourrisson de trois mois qui pèse seulement 5 kilogrammes.

Qu'arrive-t-il si *brusquement* le troisième jour, on donne à l'enfant la quantité normale de lait stérilisé (d'après le poids) ? Si l'intoxication est légère et date de peu de temps, la reprise *brusque* du lait pourra être suivie d'un bon résultat (10 cas sur 35), mais, au contraire, si l'intoxication n'est pas terminée, si le foyer intestinal est mal éteint, la maladie reprendra son cours et s'éternisera.

Même quand le poids s'est bien relevé avec la diète hydrique et que tout rentre dans l'ordre, la reprise brusque du lait pourra être suivie d'un retour des accidents.

Quelle conduite tenir, puisque la courbe des pesées n'est pas un critérium suffisant ? Voici la méthode que je suis constamment et qui me donne les meilleurs résultats.

Le troisième jour, une tétée de lait stérilisé pur et non coupé, matin et soir. Les autres tétées consisteront en eau.

Le quatrième jour, trois tétées de lait, le reste en eau. Puis augmenter progressivement la quantité de lait.

En tout cas, à la reprise de l'alimentation, il sera bon de n'employer ni les farines, ni les laits condensés, etc. Czerny rejette également l'emploi des laits de Gartner, de Backhaus, des laits peptonisés.

Si la diète hydrique ne produit aucun résultat, ce qui est assez fréquent à l'hopital, quelle conduite devra-t-on tenir ? Comme le conseille, avec juste raison, notre collègue M. Marfan, on reprendra la diète aqueuse trois, quatre, cinq jours après. On marchera par tâtonnements en usant d'une très grande prudence. On peut, de cette façon, obtenir la guérison lente d'une gastro-entérite tenace. On est parfois étonné de voir des enfants, arrivés au dernier degré de la cachexie digestive, reprendre peu à peu et se rétablir complètement. Il ne faut donc pas désespérer dans la lutte contre l'intoxication digestive.

Cette étude du régime hydrique est une base sur laquelle nous nous appuierons quand nous étudierons les effets de la sérothérapie antitoxique intestinale.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 10 novembre 1898. — Présidence de M. A. Fournier.

Forme pustuleuse et bulleuse de la maladie de Neumann. — M. H. Hallopeau. Le type morbide dont l'auteur a publié plusieurs observations, sous le titre de dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique, est une forme suppurative de la maladie que Neumann a fait connaitre sous le nom désormais impropre de pemphigus végétant ; cette maladie peut se présenter sous trois formes : l'une bulleuse, une autre pustuleuse et une mixte. L'existence de la forme pustuleuse ne permet pas de conserver à cette maladie le nom de pemphigus végétant : l'auteur propose de l'appeler maladie de Neumann jusqu'au jour où l'on connaitra l'agent infectieux qui en est la cause prochaine. Cette maladie est souvent d'un pronostic relativement bénin ; ses manifestations disparaissent sous l'influence d'antiseptiques appliqués localement ; cette maladie diffère de la dermatite herpétiforme par ses auto-inoculations, le caractère

végétant de ses éléments, son asymétrie fréquente, l'inconstance des sensations douloureuses, la persistance au pourtour des orifices de végétations suppuratives sous l'influence d'irritations locales incessamment renouvelées : l'éosinophilie est un phénomène commun à un trop grand nombre de dermatoses pour que l'on puisse lui attribuer une valeur dans la classification nosologique ; cette maladie diffère de l'impétigo herpétiforme par la profondeur des suppurations, l'absence des soulèvements épidermatiques multiformes, l'absence habituelle de fièvre, le pronostic moins grave ; elle ne mérite pas comme cette dermatose le nom d'infection purulente tégumentaire maligne ; un érysipèle intercurrent augmente passagèrement l'acuité des lésions dans les parties qu'il envahit : ce fait contraste avec l'action curative de la même complication dans le lupus ; la forme pustuleuse de cette maladie que l'auteur a le premier signalée constitue un type morbide nettement différencié.

Pemphigus foliacé avec estéomalacie. — MM. H. Hallopeau et Constensoux. Ce fait est le premier, non seulement parmi les pemphigus, mais aussi parmi les maladies cachectisantes, dans lequel on ait signalé l'incurvation des os qui indique l'existence d'une ostéomalacie ; elle y est très prononcée, elle occupe la jambe droite ; elle est survenue huit ans après le début de la maladie cutanée ; il est bien peu propable qu'il n'y ait là qu'une simple coïncidence ; il est bien plus vraisemblable que cette ostéomalacie est une conséquence indirecte de la maladie cutanée. Comment cette influence a-t-elle pu s'exercer? On ne peut admettre une élimination par la peau d'une proportion anormale de sels de chaux, car ce sel est excrété par l'urine en proportions énormes, de cinq fois supérieures à celles de l'état normal. On peut se demander si la surface cutanée si profondément altérée n'est pas le siège de formation d'acides qui seraient résorbés et iraient provoquer dans les os la décalcification? Mais on peut répondre négativement, car la surface cutanée est alcaline ; on peut penser à une genèse d'acides par des microbes pénétrant dans le sang ; l'interprétation la plus vraisemblable nous paraît être celle d'une *résorption de la substance collagène des os sous l'influence du trouble profond que la perte incessante de matériaux organiques par la surface cutanée amène dans la stase sanguine et par suite de la mise en liberté des phosphates qui leur sont combinés*. La malade se trouve dans des conditions différentes de celles où cette altération a été cherchée en vain. C'est le premier cas dans lequel il s'agisse d'une cachectique ; il est possible que la pathogénie diffère de celle qui a été observée dans les faits signalés jusqu'ici.

Épithélioma de la face. — MM. Gaston et Haury. L'intérêt de cette présentation est dans la structure histologique de cet épithélioma dans lequel les cellules néoplasiques sont accompagnées, entourées ou dissociées par une infiltration abondante de cellules d'origine lymphatique.

De cinq cas d'épithélioma de la face, étudiés au point de vue de la constitution cellulaire dans ses rapports avec le pronostic et le traitement par la méthode Czerny-Truceneiz. il semble résulter que plus l'infiltration des cellules lymphatiques est abondante, mieux agit le traitement, et meilleur est le pronostic.

Et comme conclusion d'attente, on peut dire que dans les épithéliomas de la face, il existe un véritable antagonisme entre le développement du tissu épithélial et du tissu lymphatique, la prédominance de l'un ou l'autre faisant la bénignité ou la malignité relative de la néoplasie et la rendant plus ou moins curable sans préjudice de récidives.

Traitement de la tondante par le monochlorophénol. — M. Barbe. J'ai présenté à la séance du 1er juillet un enfant atteint d'une plaque de tondante guérie par le chlorophénol. Malheureusement cet enfant avait quelques autres petits foyers qui s'étaient formés, à mon insu, entre mon dernier examen et la présentation du sujet devant la Société. Ces nouveaux foyers ont été guéris depuis par la même médication en deux mois et demi.

Je présente une autre enfant âgée de 7 ans chez qui on a reconnu l'existence de la tondante le 3 août 1898; elle avait 4 petites plaques disséminées sur le cuir chevelu. Les plaques ont été traitées tous les jours par la solution de chlorophénol. Depuis le 1er novembre, la guérison est définitive.

Cas de carathès (Tache endémique des Cordillères). M. Barbe. — Dans ce temps d'expansion coloniale, il est bon de faire de temps en temps une incursion dans le domaine de la dermatologie exotique. C'est pourquoi j'ai cru devoir rapporter l'observation suivante. Il s'agit d'un malade que j'ai pu suivre à la consultation dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine pendant les mois d'août et de septembre.

C'est un homme de 43 ans, solide, bien constitué, passant la plus grande partie de l'année en Colombie où il est attaché à une société minière en qualité d'explorateur ou de *prospector*.

Depuis quatre ans ce malade présente successivement sur différentes parties du corps des plaques de carathès. Cette dermatose a débuté à la région latérale gauche du cou par une tache érythémato-squameuse qui n'a pas tardé à s'agrandir au point d'avoir les dimensions d'une pièce de 5 francs, puis à s'étendre en bas, du côté de la région pectorale correspondante. Cette plaque a été guérie par l'application d'une pommade très employée en Colombie, qui est très vraisemblablement l'onguent citrin. Plus tard une autre plaque s'est montrée au niveau du quatrième espace intergidital de la main droite ; de forme irrégulière, celle-ci envoyait un prolongement sur le bord cubital de cette main et sur toute la face dorsale de l'auriculaire. Quelques taches existaient aussi sur l'annulaire, sur le médius, sur la face extérieure du poignet droit et aux membres inférieurs.

Cet homme s'était peu à peu guéri à l'aide de l'onguent citrin, lorsque de nouvelles taches survinrent il y a deux ans environ.

Actuellement il existe une grande plaque (1) sur la face dorsale de la main gauche, plaque qui envoie des prolongements vers les quatre derniers doigts. Cette plaque est d'un rouge violacé, couverte de fines squames, qui la font ressembler quelque peu à une plaque d'érythème trichophytique ; sur les bords de l'éruption, au niveau du premier espace intergidital, existent quelques îlots érythémateux, puis plus au dehors un anneau pigmenté incomplet, indice des modifications que la plaque est en train de subir. Celle-ci est en effet traitée depuis quelque temps déjà par le malade à l'aide de la même pommade indiquée plus haut.

De plus, sur la face dorsale des quatre derniers doigts, l'on observe de petites surfaces achromiques, pseudo-vitiligi-

(1) Voir moulage du musée de l'hôpital Saint-Louis.

neuses, indices de la régression complète de la maladie ; au-dessus de la plaque achromique de l'index existent encore deux taches érythémateuses et au-dessous d'elle une tache d'un rouge violacé ; enfin sur un point du pourtour de la plaque pseudo-vitiligineuse de l'annulaire un petit foyer hyperchromique s'est formé. En résumé, sur cette main l'on peut suivre toutes les phases, toutes les teintes par lesquelles a passé le carathès chez le malade : phase érythémateuse soit franchement rouge, soit tirant sur le bleuâtre, puis phase hyperchromique, phase achromique ou pseudo-vitiligineuse.

Sur la face latérale droite du cou existe une tache érythémateuse vierge de tout traitement ainsi que toutes les plaques récentes que je vais énumérer plus loin. Sur le côté gauche du cou on trouve une grande surface achromique qui descend jusqu'au mamelon gauche ; au centre de celle-ci les poils sont décolorés. C'est là que siégeait la première plaque survenue il y a quatre ans. Toute la région occipitale présente une surface érythémateuse recouverte de squames aussi fines que celles de la séborrhée sèche. Au niveau de chaque omoplate se trouve une grande plaque à bords irréguliers, entourée de petits îlots disséminés comme les îles de l'Archipel, nouveaux centres de formation qui ne se sont pas encore réunis à la plaque principale : au centre de celle-ci existent encore de petites régions de peau saine. Deux petites plaques s'observent au-dessous du coude gauche et une tache sur la région frontale au-dessus du sourcil gauche.

Enfin on trouve sur la face antérieure de la cuisse gauche une plaque achromique et une autre sur la moitié inférieure de la jambe du même côté.

Le malade présente sur les membres inférieurs des traces de piqûres de moustiques ; or, on sait le rôle que certains auteurs font jouer à certains moustiques (appelés gegen dans la Colombie) dans l'étiologie du carathès ou du moins dans la propagation de cette dermatose, rôle qui paraît tout à fait admissible depuis les travaux du Dr Montoya. D'après cette observateur, le carathès est une aspergillose de la peau ; dans les squames des plaques, le Dr Montoya a trouvé un réticulum mycélien avec fructifications aspergillaires ; de plus il a découvert les semences de carathès sur les moustiques du genre *stimatium* et sur une espèce innominée du genre Acanthia (punaises). Enfin il a retrouvé les champignons d'une espèce de carathès dans les eaux minières des mines d'or. Précisément notre malade est un explorateur des mines aurifères.

En terminant, je noterai cette particularité, c'est que la femme de ce malade ne présente aucune trace d'éruption, bien qu'elle ait vécu quelques mois en Colombie. Celle-ci, il est vrai, ne se trouvant pas bien du climat, n'a pas fait en Colombie un séjour prolongé.

Il semble donc que la maladie, quoique parasitaire, ne soit pas très contagieuse de l'homme à l'homme, mais qu'il faille des conditions étiologiques particulières, encore mal connues.

En tout cas, on possède dans le traitement externe par les mercuriaux, et en particulier dans l'onguent citrin, un remède souverain contre le carathès, traitement qui doit faire bannir toutes les drogues administrées à l'intérieur, le plus souvent au grand détriment des malades.

Xéroderma pigmentosum. — MM. Gaucher et Lœper. Cette malade a déjà été l'année dernière à pareille époque l'objet d'une communication de MM. Gaucher, Balzer et Milian. Nous rappellerons en quelques mots son histoire. Ethylique, hystérique et eczémateuse, elle eut, il y a dix-huit mois, une fièvre typhoïde grave qui ne lui laissa aucun reliquat pathologique. Quatre mois après la guérison de sa maladie, on vit apparaître sur la face dorsale de ses deux mains, surtout de la gauche, et sur le pourtour de la bouche les taches pigmentaires que l'on constate encore aujourd'hui dans leur absolue intégrité.

L'examen biopsique révéla une infiltration pigmentaire des espaces intercellulaires du corps muqueux de Malpighi à l'exclusion des cellules génératrices du sommet des papilles, Ce pigment, par ses réactions, ressemblait à la mélanine.

Vu le peu de temps écoulé depuis la fièvre typhoïde et l'absence d'autres symptômes, si ce n'est quelques troubles de névrite périphérique, on conclut à l'hypothèse d'un lentigo melanique ayant probablement pour cause des altérations viscérales ou sympathiques d'origine typhique.

Depuis cette époque, l'état général de la malade s'est peu modifié, les taches anciennes n'ont pas diminué, d'autres sont apparues sur les avant-bras, la poitrine ; de plus, la malade prétend que ses traits se tirent, que la peau de son visage est moins souple, il lui semble que ses téguments sont adhérents et se mobilisent plus difficilement. Des télangiectasies, fines arborisations étoilées, au nombre d'une dizaine, se montrent sur les joues, surtout à droite.

Le syndrome du xeroderma pigmentosum semble donc se compléter petit à petit, et l'on devrait, d'après M. Gaucher, abandonner l'hypothèse ancienne pour faire entrer cette affection dans le cadre du xeroderma, que l'examen histologique, décelant de la melanine dans les couches profondes de l'épiderme, faisait d'ailleurs prévoir.

Alopécie acéto-thallique. — M. Janselme.

Neuro-fibromatose généralisée, maladie de Recklinghausen. — M. Thibierge.

Etude histologique sur un cas de maladie de Recklinghausen. — M. Janselme.

Érythème polymorphe d'origine iodopotassique. — M. Danlos.

Culture du bacille de Ducrey. — MM. Brocq et Lenglet.

Note sur l'histologie du psoriasis. — M. Sabouraud présente au nom de M. le Dr W. J. Munro, de Sydney, un travail sur l'histologie de la lésion élémentaire du psoriasis à son premier début.

Pour résumer cette étude patiente et consciencieuse, on peut dire que la lésion primitive du psoriasis est constituée par de petits abcès miliaires de la couche cornée épidermique. Et c'est autour de ces abcès préformés que la réaction épidermique détermine l'hyperkératose.

Ces recherches n'ont montré aucun microbe colorable dans les collections leucocytaires qui sont la lésion originelle du psoriasis.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 25 juillet 1898. — Présidence de M. Bonnefin

Présents : MM. Luc, Bonnefin, Malmejac, Boissier, Vuillaumenet, Depasse, Pruvost.

Pas de lecture de procès-verbal ; en l'absence de M. An-

celet, secrétaire, excusé, M. Malmejac, l'autre secrétaire, obligé de quitter la séance, ne peut recueillir le procès-verbal actuel.

M. Luc a amené deux malades qu'il voulait présenter, mais en raison du petit nombre des membres présents (séance de juillet), il remet à la rentrée sa communication.

M. Dépasse lit sa communication sur : **Des crampes des mollets dans la pneumonie.** V. *France médicale*, n° 46, p. 728.

M. Boissier communique une carte de M. Chevallereau qui se plaint de n'avoir pas reçu les procès-verbaux des séances depuis plus d'un an. M. Genesteix, qui s'est engagé à publier les procès-verbaux dans le *bulletin* doit communiquer les manuscrits à M. Chevallereau dès que la composition du bulletin est terminée ; il est regrettable que la *France médicale* n'ait pu imprimer à temps ces comptes rendus.

MM. Pruvost et Dépasse font remarquer que, depuis quelque temps, le *bulletin* a cessé de paraître et que la publication n'étant pas assurée de ce côté, il serait bon de remettre les manuscrits d'abord à M. Chevallereau.

Un vote est émis favorable à ce vœu. Les procès-verbaux seront donc adressés d'abord à M. Chevallereau,

M. Boissier demande l'avis de la Société sur un cas singulier de vomissements incoercibles que lui a soumis le Dr Caussade. La Société conclut à un cas de vomissements hystériques.

M. Bonnefin rappelle à ce propos le succès de la faradisation du cou dans le traitement des vomissements incoercibles, sujet sur lequel il s'est longuement étendu en 1896 en une intéressante communication à la Société.

Pour le secrétaire empêché. F. B.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 novembre 1898. — Présidence de M. Berger.

Tétanos. — M. Bousquet (de Clermont-Ferrand). J'ai eu deux malades atteints de tétanos. L'un, à la suite de blessure du doigt fut pris de contractures et, au bout de cinq jours, on lui fit des injections intracraniennes ; il mourut au bout de quarante-huit heures. L'autre, plaie de la main, reçut des injections sous-cutanées d'antitoxine et aussi du chloral à haute dose ; il guérit de son tétanos.

Péritonite tuberculeuse. — M. Quénu. Une malade présentait des signes d'occlusion intestinale ; je l'avais opérée d'une lésion salpingienne double dont elle était guérie, quand les accidents nouveaux apparurent. A l'incision de l'abdomen, je trouvais de la sérosité et le péritoine tout entier semé de granulations tuberculeuses. Les phénomènes d'obtruction intestinale disparurent et la malade est morte quelque temps après.

Une seconde malade présentait tous les symptômes de l'appendicite aiguë, avec signes d'occlusion intestinale ; la laparotomie montra un peu de liquide et des granulations tuberculeuses. Je refermai le ventre. Les phénomènes d'obstruction disparurent. Pendant deux jours, tout alla bien, mais le quatrième jour, elle était prise de méningite tuberculeuse à laquelle elle succomba.

M. Brun. Une enfant de 7 à 8 ans entra à l'hôpital après un léger traumatisme, avec des signes que je pensais être ceux d'une rupture intestinale. La laparotomie montra une éruption de granulations tuberculeuses d'origine récente et localisée à la moitié droite du péritoine. L'enfant guérit et resta guérie.

Une autre enfant, depuis plusieurs jours, était en observation pour une maladie d'Addison, peut-être. L'enfant avait été prise subitement de douleurs du ventre à droite, de pouls rapide, de vomissements, je pensai à l'appendicite. Je fis l'incision et je trouvai un péritoine épaissi, et sur les anses de l'intestin un semis confluent de granulations jaunes. Plus loin étaient des amas caséeux qui indiquaient une origine ancienne. Le tout s'améliora et 8 jours après l'enfant était guérie et depuis 6 mois elle est restée guérie.

M. Nimier. L'état aigu de l'infection tuberculeuse chez les malades que l'on a cités mérite d'être signalé.

Chez un soldat que j'ai eu à soigner, existait une péritonite ancienne pour laquelle je fis une laparotomie qui me donna une survie de 7 semaines seulement.

Chez un autre atteint de péritonite suraiguë, à poussées successives, la laparotomie me montra un semis abondant de granulations. Le ventre refermé, tout s'améliora, et la convalescence se fit assez rapide.

Série d'opérations abdominales. — M. Richelot fait un rapport sur quelques observations envoyées par M. Pauchet (d'Amiens).

Luxation de l'astragale. Ablation. Guérison. — M. Legueu.

Injection intra-cérébrale d'antitoxine tétanique. Mort. M. Beurnier.

Deux cas d'injection intra-cérébrale d'antitoxine tétanique suivis de guérison. — M. Villon.

Anévrysme artérioso-veineux du coude. Extirpation de la veine, suture de la veine. — Présentation du malade par M. Veuguiez (d'Amiens).

Utilisation des liquides non-nuisibles à l'urine dans les pansements intra-vésicaux. — M. Bazy. On injecte dans la vessie vidée 20 à 30 grammes d'huile de vaseline iodoformée. Celle-ci peut rester quatre à cinq jours sans éliminer cette huile, si l'on a soin de recommander au malade d'arrêter sa miction dès qu'il voit apparaître au méat l'huile de vaseline qui ne sort qu'après l'urine elle-même, l'huile de vaseline surnageant l'urine.

F. Verchère.

MEMENTO PRATIQUE

Recherche de l'acétone dans l'urine. — *Schweitz. Woch. f. pharm.* et *Bull. de la Soc. de ph. de Bruxelles.* — M. Shider, combinant les méthodes préconisées pour cette recherche par Segal, Lieben et par Dragendorff, opère de la manière suivante : Il introduit dans un ballon dont le col est muni d'un tube abducteur coudé, 50 cc. d'urine additionnée de 5 cc. d'acide sulfurique dilué. Il chauffe, et lorsqu'il a recueilli 3 cc. de liquide, il interrompt la distillation, ajoute au liquide 6 à 10 gouttes d'une solution fraîchement préparée de nitroprussiate de soude à 10 0/0, puis 1 à 2 gouttes de lessive de soude jusqu'à réaction nettement alcaline. S'il y a de l'acétone, le liquide se colore en rouge pourpre, sinon, il reste jaune doré ou orange. En présence de traces d'acétone, le liquide peut être coloré jaune plus ou moins rougeâtre. Dans ce cas, on y

ajoute 6 à 8 gouttes d'acide acétique, lequel colore le tout en rouge s'il y a de l'acétone.

Cette méthode décèle aisément 0 gr. 001 dans 50 cc. d'urine.

NOUVELLES

Médecins inspecteurs des écoles. — Par arrêté préfectoral, en date du 25 octobre 1898, ayant effet du 1er novembre suivant : M. Bouchet, docteur en médecine, demeurant hôpital de Saint-Denis, est nommé médecin inspecteur des écoles du canton de Saint-Denis (1re circonscription), en remplacement de M. le Dr Dupuy, décédé.

Ligue nationale contre l'alcoolisme. — La séance solennelle de distribution des récompenses de la *Ligue nationale contre l'Alcoolisme* (Société française de Tempérance) aura lieu le dimanche 27 novembre, à deux heures de l'après-midi, sous la présidence d'honneur de M. Bayet, directeur de l'enseignement primaire au ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, dans la salle des conférences de l'hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente.

Ordre du jour : Discours de M. le Dr Motet; Compte rendu annuel du Dr Emile Philbert, secrétaire général; Discours de M. Bayet; Le Salon de l'Ouvrier, causerie par le Dr J. Roubinovitch; Proclamation des lauréats.

Maison de Nanterre. — Concours pour l'admission à quatre emplois d'interne provisoire en médecine et en chirurgie à la maison départementale de Nanterre qui seront vacants le 1er janvier 1899.

Les internes provisoires, admis à la suite du concours, pourront être nommés internes titulaires au cours de l'année, s'il se présente une ou plusieurs vacances où, en tout cas, au plus tard à l'expiration d'une année d'exercice pour une nouvelle période d'un an, sur la proposition des médecins et du chirurgien de la maison départementale de Nanterre et sur l'avis du directeur de la maison.

Le Préfet de Police, sur la proposition du secrétaire général, arrête :

Article premier. — Un concours sera ouvert le 19 décembre 1898, à la maison départementale de Nanterre pour l'admission à quatre emplois d'interne provisoire en médecine et en chirurgie qui deviendront vacants dans cet établissement le 1er janvier 1899.

Traitement annuel : 1 000 francs. (Les internes titulaires sont logés et reçoivent un traitement annuel de 1 200 francs plus une indemnité de 1 080 francs).

Art. 2. — Les candidats qui désireront prendre part au concours devront se faire inscrire à la Préfecture de Police (Service du personnel, caserne de la Cité).

Le registre d'inscription sera ouvert le 7 novembre 1898, à 10 heures du matin, et clos définitivement le 6 décembre suivant, à 4 heures.

Les candidats devront remplir les conditions suivantes : 1° Etre Français; 2° être âgé de moins de 28 ans; 3° être pourvus d'au moins douze inscriptions en médecine justifiées par un certificat de scolarité de date récente; 4° n'être pas reçus docteurs en médecine. Ils devront adresser au Préfet de Police une demande sur papier timbré et y joindre un extrait authentique sur timbre de leur acte de naissance, un extrait du casier judiciaire, remontant à moins d'un mois, les pièces établissant leur situation au point de vue militaire, une notice indiquant leurs titres scientifiques ou hospitaliers.

Art. 3. — Le concours, qui aura lieu à la maison départementale de Nanterre, comprendra deux séries d'épreuves; 1° épreuves d'admissibilité; 2° épreuves définitives.

A. — *Epreuves d'admissibilité.* 1° Examen d'un malade de médecine; 2° Examen d'un malade de chirurgie. Il sera accordé pour chaque malade dix minutes d'examen, dix minutes de réflexion, dix minutes d'exposé oral; 3° Une question d'obstétrique traitée en cinq minutes, après cinq minutes de réflexion. Chacune de ces trois épreuves sera évaluée en chiffres (20 points au maximum). Le nombre des candidats admissibles aux épreuves définitives sera au moins double du nombre des places vacantes.

B. — *Epreuves définitives.* — 1° Rédaction de deux ordonnances, l'une de thérapeutique infantile, l'autre de thérapeutique sénile; dix minutes seront accordées pour cette rédaction. Cette épreuve sera évaluée en chiffres (20 points au maximum) 2° Une reconnaissance anatomo-pathologique. Cette épreuve sera évaluée en chiffres (20 points au maximum).

Art. 4. — Les candidats seront classés par ordre de mérite; dans le classement *ex æquo*, il sera tenu compte des titres.

Val-de-Grâce. — Par décision ministérielle, en date du 11 novembre 1898, M. Toubert, médecin-major de deuxième classe, est nommé professeur agrégé (diagnostic chirurgical spécial) à l'Ecole du Val-de-Grâce.

M. Simonin, médecin-major de deuxième classe, est nommé professeur agrégé (maladies et épidémies des armées) à l'Ecole du Val-de-Grâce.

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 17 novembre 1898, sont désignés ponr les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Bouchoir, pour l'hôpital militaire de Nantes; Vuillemin, pour l'hôpital militaire de Saint-Martin; Lemoine, pour le 32e d'artillerie; Bléchy, pour le 125e d'infanterie; Loup, pour le 140e d'infanterie; de Balthazar de Gachéo, pour le 108e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Ferry, pour le 28e d'artillerie; Vack, pour le 138e d'infanterie; de Peyret, pour le 96e d'infanterie; Ferrand, pour le 19e dragons; Ferraton, pour le 19e dragons; Astier, pour le 9e chasseurs à cheval; Delporte, pour le 9e dragons; Dodiau pour le 2e bataillon d'infanterie légère.

MM. les médecins aides-majors de première classe Ulliet, pour le 54e d'infanterie; Galley, pour le 6e chasseurs d'Afrique; Opin, pour le 3e dragons; Saint-Martin, pour le 2e chasseurs à cheval.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Rivet, pour le 1er cuirassiers; Fournereaux, pour le 17e bataillon de chasseurs à pieds.

Médailles d'honneur. — Par arrêté ministériel en date du 22 octobre 1898, des médailles d'honneur ont été décernées :

1° *Médailles de vermeil* : MM. Briole et Bassaget, internes en médecine à l'hôpital de Mustapha.

2° *Médailles d'argent* : M. le Dr Hinglais, médecin des colonies à N'Gaous; pour leur dévouement pendant les épidémies de choléra et de typhus dans les départements d'Alger et de Constantine.

Société médicale des bureaux de bienfaisance.—Le banquet annuel de la Société médicale des bureaux de bienfaisance aura lieu au restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, n° 34, le samedi 3 décembre 1898, à sept heures et demie. (La souscription est fixée à douze francs).

Faculté de médecine de Nancy. — L'Assemblée des professeurs et agrégés a arrêté ainsi qu'il suit la présentation pour les fonctions de doyen ; au premier tour, ont obtenu : MM. Gross, 14 voix; Schmit, 12 voix; Vuillemin, 3 voix ; Bernheim, 1 voix. Au deuxième tour : MM. Gross, 16 voix; Schmitt, 13 voix; Vuillemin, 1 voix. En conséquence, ont été présentés à la nomination du ministre, M. Gross en première ligne, M. Schmitt en deuxième ligne.

Ecole de médecine navale de Bordeaux. — Un concours pour l'emploi de professeur de pathologie externe et d'accouchement s'ouvrira à Toulon le mardi 24 janvier 1899, en vue du remplacement, à l'école de Bordeaux, de M. le médecin de première classe Dufour, qui termine, au commencement de février prochain, les cinq années réglementaires d'enseignement.

Les médecins de première classe, comptant au moins une période régulière de service à la mer ou aux colonies dans leur grade, seront admis à se présenter à ce concours.

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 17 novembre 1898, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Long, en remplacement de M Brédian, retraité; Cousyn, en remplacement de M. Palasne de Champeaux, retraité.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Keraudren, en remplacement de M. Long, promu; Gibrat, en remplacement de M. Cousyn, promu; Bouras, en remplacement de M. Espieux, retraité.

Journaux de médecine. — Nous recevons le premier numéro de l'*Intermédiaire des neurologistes et des aliénistes*, organe mensuel publié par le Dr Paul Sollier, médecin du sanatorium de Boulogne-sur-Seine. Cet organe offre cette particularité qu'il est publié en trois langues : français, anglais et allemand.

Nous recevons également le premier numéro des *Archives de thérapeutique clinique*, journal mensuel publié par le Dr Edmond Vidal.

En revanche nous avons le regret d'annoncer la disparition de la *Revue des Sciences médicales*, dirigée par le professeur Hayem, journal qui avait cependant à son actif vingt-six années d'un passé éminemment utile et parfois glorieux.

La réforme de l'expertise médico-légale. — M. Cruppi vient de déposer à la Chambre des députés une proposition de loi tendant à la réforme de l'expertise médico-légale. Cette réforme, vivement réclamée par l'opinion depuis l'affaire Druaux et l'affaire Laporte, est également souhaitée par le monde judiciaire et par le monde scientifique.

Dans le projet de M. Cruppi, elle se résume en ces trois propositions : d'abord créer une liste annuelle d'experts ayant un véritable caractère scientifique; ensuite donner au prévenu le droit de désigner un expert qui procédera aux opérations concurremment avec l'expert désigné par le juge ; enfin, dans le cas où il y aurait un désaccord entre ces deux experts, soumettre leur différend à une commission de super-arbitres composée de sommités scientifiques.

La commission des réformes judiciaires est saisie de cette proposition que M. Cruppi avait indiquée dans son ouvrage la *Cour d'assises*.

Nécrologie. — Le Dr Amédée Lamarche fils, de Montréal (Canada), décédé à l'âge de 23 ans. — Le Dr Keller (Théodore) de Paris, bien connu par ses travaux d'hydrothérapie, décédé le 18 novembre à l'âge de 53 ans.— Le Dr Denombré, de Bouron (Seine-et-Marne), reçu en 1881. — Le Dr Hugonnard, de Morestel (Isère), reçu en 1880.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies du larynx, du nez et des oreilles, par le Dr A. Castex, chargé du cours de laryngologie, rhinologie et otologie à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16 de 808 pages avec 140 figures, cartonné 12 fr.

M. Castex, chargé du cours de laryngologie, rhinologie, otologie à la Faculté de médecine de Paris, vient de faire paraître, chez J.-B. Baillière et fils, un traité des maladies du pharynx et du larynx, du nez et des oreilles.

Plusieurs chapitres sont des leçons déjà exposées à son cours.

La première partie traite des maladies du pharynx.

La deuxième partie comprend les maladies du larynx (moyens d'exploration, laryngites diverses, nodules vocaux, maladies de la voix, si importantes dans cette spécialité, névroses, tuberculose du larynx, syphilis et tumeurs du larynx, affections de la trachée).

La troisième partie étudie les maladies du nez et de ses cavités annexes (rhinoscopie et toucher rhino-pharyngien, difformités du nez, rhinites diverses, ozène, syphilis, tuberculose, lèpre, sclérome, tumeurs bénignes et malignes, corps étrangers, troubles de l'odorat). Une place importante est réservée aux tumeurs adénoïdes et aux affections des sinus maxillaire, frontal, sphénoïdal et des cellules ethmoïdales.

La quatrième et dernière partie est consacrée aux affections de l'oreille (examen technique des diverses parties de l'organe, maladies de l'oreille externe, affections de la membrane tympanique, otites moyennes diverses et leurs complications). L'auteur passe encore en revue les suppurations de l'attique, les maladies de l'apophyse mastoïde et ses trépanations, les affections de l'oreille interne (maladie de Ménière, etc.), surdité, surdi-mutité et lésions traumatiques.

Un grand nombre de figures, la plupart inédites, facilitent l'intelligence des descriptions.

Ce livre nouveau sera particulièrement utile, non seulement aux spécialistes, mais encore aux praticiens qui désirent s'initier à la spécialité des maladies du larynx, du nez et des oreilles. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes, Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

MÉNOPAUSE, — MENSTRUATION (Troubles de la). — **Capsules ovariques Vigier.** — *Dose* : 2 à 6 capsules par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*